予防接種済証発行申請書

年　　月　　日

多気町長　宛

申　請　者

（住所）

（氏名）

（連絡先電話番号）

（被接種者との続柄）

次の者が予防接種を実施した分の予防接種済証について、発行を申請します。

１．対象者（被接種者）について

予防接種を受けた時の住所	多気町 ※申請者住所と同じ場合は記載不要
氏名（ふりがな）	※申請者氏名と同じ場合は記載不要
生　年　月　日	年　　月　　日
保　護　者　氏　名 （未成年の場合）	※申請者氏名と同じ場合は記載不要

２．予防接種済証の発行を依頼する予防接種の種類について
（多気町で実施した定期及び臨時接種のみ）

予　防　接　種　名	備　　考

３．発行を依頼する理由（該当するものにチェックを入れてください）

□母子健康手帳の紛失・盗難　　□就職先企業に提出

□学校へ入学・転校で必要　　□その他（　　）

本人確認（申請者）	代理権	接種記録	交付日	備考
運転免許証 マイナンバーカード 他（　　）	委任状 法定代理人 他（　　）	健康管理 S 母子手帳 VRS 接種記録書	月　　日 窓口・郵送	発行者 （　　） （　　）